



**WELL CHILD EXAM - EARLY
CHILDHOOD: 3 YEARS**
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ໄວດັກຂຶ້ນຕົ້ນ: 3 ປີ

ການສະໜັບຜູ້ປະກາອນເຫດວຽກ ກຽງກັນເປົ້າ	ຊື່ດັກ		ນໍາເຂົາມາໄດຍ		ວັນເກີດ				
	ອາການພິດ		ປາທີ່ໃຊ້ຢູ່ໃນປະຈຸບັນ						
	ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິເຫດ/ບັນຫາ/ສຶກກັງວິນ ນັບແຕ່ນາເທື່ອສຸດທ້າຍ		ມື້ນັ້ນຂ້າພະເຈົ້າມີຄໍາຖານກ່ຽວກັບເຮືອງ:						
	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກນັອບຂອງຂ້ອຍກິນອາຫານຫລາຍຢ່າງ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂ້ອຍຮູ້ຈຳລວງ, ອາຍຸ ແລະ ເພດຂອງລາວເງື່ອ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຄອບຄົວຂອງຂ້ອຍເຮົ້າໃຈຄວາມເວົ້າຂອງດັກຂອງຂ້ອຍ.		ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂ້ອຍສາມາດໄດດໄປທັງສອງຂາພົອມກັນໄດ້. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂ້ອຍຢູ່ປ່ອນທີ່ຜ້າອັນໜີບ່ອນແຫ້ງຕອດຄືນເປັນສ່ວນຫລາຍ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າເຫັນແລະໄດ້ຍືນດີ.						
	WEIGHT KG/OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE						
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history		Diet _____ Elimination _____ Sleep _____							
Screening: Hearing Screen		MHZ	R	L	<input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Lead Exposure <input type="checkbox"/> Fluoride Supplements <input type="checkbox"/> Fluoride Varnish <input type="checkbox"/> Hct/Hgb <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Dental Referral				
Vision Screen		20/_____	20/_____		Health Education: (Check all discussed/handouts given)				
Development: Circle area of concern						<input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Child Care <input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Regular Physical Activities <input type="checkbox"/> Car Seat/Booster Seat <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Discipline/Limits/Rules <input type="checkbox"/> Books/Reading <input type="checkbox"/> Passive Smoking <input type="checkbox"/> Limit TV <input type="checkbox"/> Friendship/Siblings <input type="checkbox"/> Other _____			
Adaptive/Cognitive		Language/Communication		Assessment/Plan: _____ _____ _____ _____ _____					
Gross Motor		Social/Emotional		Fine Motor		_____			
Behavior		N	A	_____					
Mental Health		N	A	_____					
Physical: General appearance		N	A	Chest	N	A	_____		
Skin		N	A	Lungs	N	A	_____		
Head		N	A	Cardiovascular/Pulses		N	A	_____	
Eyes (Cover/Uncover)		N	A	Abdomen		N	A	_____	
Ears		N	A	Genitalia		N	A	_____	
Nose		N	A	Spine		N	A	_____	
Oropharynx/Teeth		N	A	Extremities		N	A	_____	
Neck		N	A	Neurologic		N	A	_____	
Nodes		N	A	Gait		N	A	_____	
Describe abnormal findings and comments: _____ _____ _____								IMMUNIZATIONS GIVEN	
								REFERRALS	
NEXT VISIT: 4 YEARS OF AGE				HEALTH PROVIDER NAME					
HEALTH PROVIDER SIGNATURE				HEALTH PROVIDER ADDRESS					

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Early Childhood (3 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Tuberculosis Screen

Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- Close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis is common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communication Development Inventory.

Yes No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Washes and dries hands. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Imitates vertical line. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Says what to do when tired, cold, hungry.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Names 4 animal pictures (e.g., cat, dog, bird, horse).</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Identifies 2 animal pictures: "Which flies? Meows? Barks? Gallops? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Throws ball overhand.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Pedals tricycle.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Ask why?</u> |

- Persistent echolalia (repeating what was just said).
 - Inappropriate play with toys/no pretend play.
 - Any loss of language or social skills.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items, on even one of the underlined items, or one of the **boxed items** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



ການກວດດັກໃຫ້ມີສູພາບດີ - ໄວດັກບັນຕົນ: 3 ປີ

WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 3 YEARS

(ຮັດຕາມຄໍາອຸ້ນນຳ EPSDT)

ວັນທີ

ໄວດັກບັນຕົນ: 3 ປີ

ການກວດປະເງິນຜູ້ປະກາອນໂຫດສອງ	ຊື່ດັກ	ນໍາເຂົາມາໄດຍ	ວັນເກີດ	
	ອາການຝຶດ		ປາທີ່ໃຊ້ຢູ່ໃນປະຈຸບັນ	
	ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິເຫດ/ບັນຫາ/ສຶກສັນ/ນັບແຕ່ມ່າເຖີ່ມສຸດຫ້າຍ		ມື້ນັ້ນຂ້າພະເຈົ້າມີຄໍາຖານກ່ຽວກັບເຮື່ອງ:	
	<p>ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກນ້ອຍຂອງຂອບກິນອາຫານຫລາຍຢ່າງ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂອບຍຸ້ນຢູ່ລາວ, ອາຍຸ ແລະ ເພດຂອງລາວເອງ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຄອບຄົວຂອງຂອບເຮົ້າໃຈຄວາມເວົ້າຂອງດັກຂອງຂອບ.</p>		<p>ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂອບສາມາດໄດດໄປທັງສອງຂາພົມກັນໄດ້. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂອບຍຸ້ນປ່ອນທີ່ຜ້າອັນໜີບ່ອນແຫ້ງຕອດຄືນເປັນສ່ວນຫລາຍ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າເຫັນແລະໄດ້ຍືນດີ.</p>	
	ນ້ຳໜັກ KG./OZ. ຕໍ່ຮ້ອບ	ສູງ CM/IN. ຕໍ່ຮ້ອບ	ຄວາມດັນເລືອດ	ອາຫານ _____
	<input type="checkbox"/> ການທຶນທວນເບິ່ງລະບົບ <input type="checkbox"/> ການທຶນທວນເບິ່ງປະວັດຄອບຄົວ		ການຖ່າຍ _____	
	ການກວດ:	MHZ	R	L
	ການກວດຫຼຸ	4000	_____	_____
		2000	_____	_____
		1000	_____	_____
	500	_____	_____	
ການກວດຕາ	20/_____	20/_____		
ການເຕີບໂຕ: ອິດລ້ອມໝາຍເອົາຈຸດທີ່ກ່ຽວຂອງ				
ການປັບຕົວ/ຄວາມຮູ້ຄວາມເອົ້າໃຈ	ພາສາ/ການສື່ສານ			
ການເຫັນັງຕິງຮ່າງກາຍ	ສັງຄົມ/ອາຣົມ	ການໃຊ້ສາຍາຕາ-ນີ້		
ສູພາບຈິດ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
ການປະົິດ ຮາງກາຍ:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
ທັສນະທົ່ວໄປ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ປອດ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ຜົວໜັງ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ໜ້າອົກ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ຫົວ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ລະບົບຫົວໃຈ/ກັບຈອນ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ຕາ (ອັດ/ບໍ່ອັດ)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ຫ້ອງນ້ອຍ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ຖຸ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ອະໄວຍະວະພືບພັນ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ດັງ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ກະດຸກສັນຫລັງ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ປາກຄໍ່ແຂວງ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ຕິນນີ້	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ຄໍ່າ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ສ່ວນປະສາດສະໝອງ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ວິກທິວ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ການຍ່າງ ຫລື ແລນ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ອະທິບາຍສຶກທີ່ພົບວ່າບໍ່ປົກກະຕິ ແລະ ຄວາມເຫັນຕ່າງໆ:				
ມາພົບທີ່ໜ້າ: ອາຍຸ 4 ປີ		ຊື່ຜູ້ຢືນປົວສູພາບ		
ລາຍເຊັນຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວສູພາບ		ບ່ອນຢູ່ຜູ້ຢືນປົວສູພາບ		

ສູວພາບແດກຂອງທ່ານມື້ອໄດ້ 3 ປີ

ປາກົດການຊີວິດ

ວິທີການເຕີບໄຕຂອງແດກນ້ອຍຂອງທ່ານລະຫວ່າງ
ອາຍຸ 3 ປີ ຫາ 4 ປີ.

ສາມາດຮັບອຸງເຜິງງ່າຍ.

ບອກທ່ານກ່ຽວກັບສິ້ງທີ່ລາວ (ຊາຍ) ໄດ້ເຮັດແລ້ວ.

ຮັຈັກ ຂີ່ ແລະ ນາມສະກຸນຂອງລາວ (ບິງ).

ສ້າງໜໍໂກຍໃຊ້ບໍລິກ ໄດ້ເຖິງ 9 - 10 ກ້ອນ.

ເຕັ້ນ ແລະ ກະໂດດຕິນດຽວ.

ພະຍາຍາມແຕ່ມຄົນດ້ວຍຫລາຍງພາກສ່ວນ (ເຊັ່ນວ່າ ຫົວ,
ໄຕ, ຂາ).

ຫຼັນແນມງ່າບ່າງກັບໜຸ່ມ ເລີ່ມແບ່ງປັນເຕືອງຫລັ້ນ.

ຂຶ້ນຂົມກັບຮູບຕໍ່ຮູບງ່າຍງ.

ທ່ານຊ່ວຍແດກຂອງທ່ານຮຽນຮູ້ວິຊາໃໝ່
ໂດຍການຫລັ້ນລັບລາວ (ບິງ).

ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫລື ສໍາລັບຂໍ້ມູນເຝີມເຕີນ

ສອນ CPR ແອນ້ອຍ ແລະ ເຕັກນ້ອຍ ແລະ
ການຊ່ວຍເຫຼືອຂັ້ນຕົ້ນ: ໃຫ້ຖາມກ່ຽວກັບຫ້ອງຮຽນຕາມ
ສະຖານິດບັງງານທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ ຫລື ກົມສາຫາ
ຮະນະສຸກ.

ຄໍາຖານກ່ຽວກັບເບາຮົດ ຫລື ແນວດັບບ່ອນນັ່ງ:
ການຮວມປັບປັງ, 1-800-BUCK-L-UP (ສຽງ) ຫລື
1-800-833-6388 (ສາບຄົນເສັ້ນອິງຄະ TTY).

ການກວດການເຕີບໄຕ ຝຣີ: ສາຍການສົ່ງຕໍ່ ແລະ
ຂໍ້ມູນໃຫ້ແນ່ສົມບູນ, ເຕັກສົມບູນ, 1-800-322-2588 (ສຽງ)
ຫລື 1-800-833-6388 (ສາບຄົນເສັ້ນອິງຄະ TTY).

ຄວາມຮູ້ການເປັນຝ໌ແນ່ ຫລື ການສັນບສຸມ: ສາຍຊ່ວຍ
ເຫຼືອຄອບຄົວ, 1-800-932-HOPE (4673) ແຫລ່ງຕ່າງງ
ດ້ານຄອບຄົວຂອດ ນິແວວັ້ນ 1-888-746-9568 ຫ້ອງຮຽນ
ຕາມວິທະຍາໄລທ້ອງຖິ່ນ.

ຄໍາແນະນຳດ້ານສູວພາບ

ນ້ຳເປັນເຄື່ອງດືມທີ່ຖືກສູວພາບ. ເຄົານ້ຳໃຫ້ແທນເຄື່ອງດືມທີ່ຫວານ
ກັບອາຫານວ່າງ. ເດັກຂອງທ່ານຍັງຕ້ອງການປ່າງນ້ອຍປະມານສອງ
ຈອກຕໍ່ມື້.

ເອົາໝາກໄມ້ຊະນິດຕ່າງໆໃຫ້ກິນທຸກນີ້.

ຊ່ວຍແດກພັດແຂ້ວຂອງລາວ (ຊາຍ). ໃຊ້ຢາກແຂ້ວທີ່ມີທາດ ພິລິໄສ
ຈຳນວນຂາດຖືວແຮນນ້ອຍ. ພາລາວ (ຊາຍ) ໄປກວດແຂ້ວປ່າງນ້ອຍ
ປີລະເທື່ອ.

ສອນໃຫ້ແດກຂອງທ່ານລ້າງນີ້ໃຫ້ສະອາດຫລັງຈາກຫລັ້ນ ແລະ ໃຊ້ຫ້ອງນ້ຳ
ແລະ ກ່ອນກິນ. ໃຊ້ສະບຸນຸມີເອົາກັນປະມານ **20** ວິນາທີ.

ຄໍາແນະນຳການເປັນຝ໌ແນ່

ແດກງຽນໄດ້ດີກ່ວຍການກະທຳ. ເວົາຕ້ອງ:

- ຫລັ້ນເລັ້ນຄື່ນໃຫວ (ຫລັ້ນໝາກງົງກິນຫາງ, ບານ, ຂີ່ຂອງຫລັ້ນ
ປະເພດນີ້ລື້, ຖາງປິນ)
- ຫລັ້ນແກ້ມຄວາມຄົດ (ໃຊ້ຕຸກກະຕາ, ເຄື່ອງຫລັ້ນເປັນຮູບຮ່າງ,
ປັ້ນນິຫານ)
- ເຄື່ອງຫລັ້ນທີ່ໃຊ້ນີ້ຂອງເວົາເຈົ້າ (ບລອກ, ແນວຈັບຕໍ່ກັນທີ່ໃຫຍ່)

ຈຳກັດເວລາ ໄທຮະຫັດ ແລະ ລອມພິວເຕີ ໃຫ້ໜ້ອຍກວ່ານີ້ເຊື່ອໃນງ
ທຸກນີ້.

ອ່ານໃຫ້ແດກຂອງທ່ານຝັງທຸກນີ້. ເວົາກັບລາວ (ຊາຍ) ກ່ຽວກັບຮູບ ແລະ
ນິຫານ.

ທ່ານເປັນນາບຈຸທີ່ດີຂອງແດກຂອງທ່ານ. ລາວ (ບິງ) ເບີງວິທີທ່ານປະຕິບັດ
ຕໍ່ຜູ້ອື່ນ, ກິນ, ອອກແຮງ, ພັກຜ່ອນ, ໃຊ້ສາຍຮັດບ່ອນນັ່ງ, ແລະ ອວັນ
ຖົມນ. ລາວ (ບິງ) ພະຍາຍາມປາກເປັນຄືທ່ານ.

ຄໍາແນະນຳດ້ານຄວາມປອດໄພ

ກວດເບີງສິ້ງທີ່ເປັນອັນຕຣາຍນຳເຮືອນຂອງທ່ານເລື້ອຍໆງ. ເດັກຂອງທ່ານ
ຍັງບໍ່ໃຫຍ່ພໍທີ່ຈະຢູ່ຫາງຈາກສິ້ງທີ່ອາດເປັນອັນຕຣາຍແກ່ລາວ (ບິງ)
ເຊັ່ນວ່າໄມ້ຂິດໄຟ, ປິນ ແລະ ປາພິດ ໃຫ້ໃສ່ກຸນແຈໄວ້.

ສືບຕໍ່ໃຊ້ແນວນັ່ງອິດຈົນແດກຂອງທ່ານມີນັ້ນໜັກຈົນໄດ້ **40** ພາວ.
ຫລັງຈາກນັ້ນໃຊ້ແນວຮັດບ່ອນນັ່ງອິດຮອດປະມານ **80** ພາວ. ເຄົາແດກ
ຂອງທ່ານໄວ້ເບາຮົດ.

ໃຫ້ແນວໃຈຈ່າຍລາວ (ຊາຍ) ໃຊ້ໝາວກັນກະທົບເວລາລາວ (ຊາຍ) ຂີ່ອິດ
ສາມລື້, ສະກຸດເຕີ ຫລື ເຄື່ອງຫລັ້ນອື່ນໜີ້ມີລື້.